PSIHANALIZA
Curs nr. 02

SITUATIA PSIHANALIZEI IN LUME

Institutiile proprii psihanalizei sunt Societatile de Psihanaliza care nu sunt de stat; o parte din ele au Institute de Psihanaliza ce functioneaza ca facultati ce pregatesc psihanalisti. In Franta – 27 societati = 6.000 psihanalisti. Cine si cum poate deveni psihanalist? Ce e comun tuturor structurilor: formarea psihanalistilor e o formare postuniversitara, formare aparte; nici o formare universitara nu da dreptul la practica psihanalizei. Austria: cea mai putin restrictiva deoarece prin legea terapiei (promovata in 1992) e permis sa aiba acces la formarea psihanalitica nu numai medicilor, psihologilor dar si teologilor, filosofilor si chiar persoane care nu au studii universitare. Franta: accesul la formarea psihanalitica e destul de liberal; in afara medicilor, psihologilor sunt admise si alte categorii (discipline umaniste). Germania: cea mai restrictiva permitand doar medicilor si psihologilor.

Formarea psihanalitica consta in:

1. Analiza personala (indispensabila pentru ca aici viitorul psihanalist ia cunostinta de existenta inconstientului in modul cel mai direct, adica e pus in contact cu propriul inconstient. Cine nu-si cunoaste propriul inconstient nu poate aspira sa identifice si sa-i ajute pe altii sa descopere inconstientul); cuantificari = dupa criteriile Asociatiei Psihanalitice Internationale – IPA – o analiza personala trebuie sa insumeze cel putin 500 sedinte (4 ani – 3 ori/sapt).

2. Activitatea supervizata: viitorul analist cand incepe sa practice trebuie sa desfasoare doua cazuri sub supervizarea unor psihanalisti mai experimentati considerati psihanalisti formatori si supervizori care-i insotesc si urmaresc in special sa se concentreze asupra contratransferului, adica asupra reactiei sale inconstiente la transferul pacientului, adica suma sentimentelor pe care pacientul le dezvolta fata de psihanalist. Durata supervizarii e de 2-3 ani intr-un ritm de o sedinta pe saptamana.

3. Teoria si tehnica psihanalitica care se desfasoara in cadrul unor seminarii

Publicatiile: in Occident exista foarte multe edituri ce publica psihanaliza (ex: marile edituri franceze). Franta, SUA (20 000 psihanalisti), America de Sud (dezvoltare rapida si puternica) sunt marile puteri in psihanaliza.

Romania actuala: in 1990 a fost intemeiata Societatea Psihanalitica Romaneasca care si-a propus sa promoveze psihanaliza in Romania sub toate aspectele: clinic, formarii, publicatiilor si mai ales sa apropie acest nou inceput al psihanalizei de criteriile de formare occidentala, adica tocmai analiza personala, supervizarea si teoria. Un rol important in dezvoltare il are schimbul permanent cu psihanalisti occidentali. Datorita activitatii bune pe care a avut-o, a fost acceptata in cadrul IPA in calitate de study-group.

CONCEPTIA PSIHANALITICA DESPRE RAPORTUL DINTRE SANATATE SI BOALA PSIHICA

Intre boala psihica si sanatatea psihica deosebirea este doar de grad. Aceasta idee a deosebirii doar graduale e extrem de importanta pentru sistemul de discipline care alcatuiesc psihanaliza. De validitatea acestei idei depinde trecerea de la psihopatologie la psihologia starii de sanatate si de asemenea depinde de trecerea de la psihopatologie la psihanaliza aplicata, adica la psihanaliza care cerceteaza fenomenul cultural. Aceasta idee a deosebirii graduale a determinat foarte multe reactii de respingere la adresa psihanalizei, motivul acestei reactii fiind unul indreptatit – stergerea deosebirii dintre boala si sanatate ii pune pe cei care se considera sanatosi in situatia lezata narcisic de a fi pusi pe acelasi plan cu bolnavii psihic.

Freud nu a sters orice deosebire dintre boala si sanatate psihica, ci a precizat doar ca deosebirea e doar graduala. In general se utilizeaza doua perechi de termeni in legatura cu fenomenele psihice: normal-patologic si sanatate-boala. Desi aceste distinctii sanatate-boala si-au pierdut in ultima vreme in psihiatrie importanta, totusi consider ca e preferabila cealalta pereche normal-patologic. Perechea normal-patologic se ghideaza dupa criterii statistice, normalitatea fiind data de media statistica, iar patologicul de abaterea de la norma. Inseamna ca intr-o populatie in care 90% dintre persoane sunt bolnave psihic, normalitatea ar coincide de fapt cu boala psihica. In categoria patologicului pot intra nu numai disfunctiile psihice, dar si calitatile exceptionale; nu de putine ori genialitatea a fost asemanata cu nebunia datorita abaterii de la norma.

Semnificatia **ideii deosebirii graduale** consta in aceea ca *si oamenii sanatosi au, la fel ca si nevroticii, inconstient*. Din punct de vedere al inconstientului *intre persoanele "sanatoase" si cele "bolnave" nu exista nici o deosebire de esenta, numai ca la anumite persoane inconstientul se manifesta producand simptome in timp ce la alte persoane inconstientul nu produce simptome nevrotice*. Aceasta idee e comuna tuturor orientarilor psihanalitice; toate aceste orientari au folosit psihopatologia ca baza pentru a construi o psihologie, iar justificarea trecerii de la psihopatologie la psihologie e tocmai diferenta graduala intre boala si sanatate psihica. Pe masura ce psihanaliza s-a dezvoltat a parcurs un material clinic; ideea lui Freud a cunoscut noi dezvoltari. Cea mai lezanta dezvoltare din punct de vedere narcisic ar fi teoria lui Jung si teoria Melaniei Klein.

Jung a tratat psihotici si a constatat ca psihoza se datoreaza invadarii Eului de catre continuturi ale inconstientului colectiv. Dar tot Jung a constatat ca acest inconstient colectiv care se manifesta atat de daunator in cazul psihoticilor se manifesta de asemenea si in produsele culturale majore (ex: in stiinta, religie,

literatura, filosofie); inseamna ca si persoanele sanatoase au inconstient colectiv – in orice om sanatos exista germenele ce produce psihoza.

Melanie Klein considera ca fiecare individ parcurge in dezvoltarea sa faze in care predomina procesele psihotice. Pozitia paranoida e o faza de dezvoltare universala prin care trece orice individ in primele patru luni de viata. Caracteristicile acestei faze pe care le intalnim si la adultul psihotic (schizofren/paranoid) sunt: pulsiunile agresive sunt extrem de puternice; obiectul e partial (respectiv mama), e perceput doar ca san si privat un obiect bun si un obiect rau; procesele psihice predominante sunt proiectia si introiectia; angoasele sunt extrem de puternice si au o natura persecutorie.

Din punct de vedere psihanalitic sanatatea si boala apar ca doua constructe mentale, ca doua extreme opuse (+, -), iar intre aceste doua extreme se inscriu in diferite pozitii cazurile reale care se deosebesc intre ele doar cantitativ. Cum argumenteaza Freud ideea deosebirii graduale? Sustine aceasta idee pe baza unor observatii incontestabile: constatarea identitatii de structura intre doua serii de fenomene, unele tinand de starea de boala, iar altele tinand de starea de sanatate. E vorba de simptomul nevrotic si fenomenele psihice care apartin starii de sanatate: actele ratate, visele, orice fenomen uman.

Toate aceste fenomene au o structura duala, respectiv un continut manifest care e accesibil constiintei si un continut latent ce nu e accesibil constiintei si ce tine de inconstient. Din punct de vedere istoric Freud a constatat aceasta structura mai intai in cazul simptomului nevrotic in “Studii asupra isteriei” – 1895 – pentru ca apoi in 1900 sa constate ca si visul are aceeasi structura bietajata, adica un continut manifest/latent, iar rezultatele cercetarii despre vis au fost publicate in “Interpretarea viselor”, iar in 1904 Freud publica “Psihopatologia vietii cotidiene” in care demonstreaza ca un fenomen extrem de frecvent in viata obisnuita pe care suntem departe de a-l considera patologic, *actul ratat, are si el o structura identica cu structura simptomului si a visului.*

Ex: simptomul e o actiune compulsiva pe care o efectueaza o pacienta de mai multe ori pe zi. Trecea din camera ei in camera invecinata unde se aseza la masa din mijlocul camerei, apoi chema femeia de serviciu careia ii dadea o insarcinare oarecare sau o concedia fara sa-i indice ce are de facut. Apoi revenea in camera ei. Asociatiile pacientei arata ca acest simptom sta in legatura cu noaptea nuntii. In urma cu 10 ani respectiva pacienta se casatorise cu un barbat mult mai in varsta. In noaptea nuntii acesta a incercat de mai multe ori fara succes sa realizeze actul sexual trecand pentru aceasta din camera lui in camera sotiei. Dimineata, pentru a evita rusinea la care l-ar fi expus un asternut imaculat, a varsat pe cearsaf o sticla cu cerneala rosie (rusine fata de servitoare). Sensul simptomului si cele doua nivele: pe fata de masa se afla o pata. Sensul – pacienta prin aceasta actiune vroia sa demonstreze ca sotul nu e impotent. Acest sens ar putea fi formulat: ”Nu e adevarat. El nu are de ce sa se rusineze in

fata servitoarei”. Structura – pe de o parte e tendinta refulata care consta in cerinta fidelitatii; in legatura cu aceasta trebuie spus ca pacienta se separase de sot, dar nu si juridic. In schimb se izolase de lume pentru a evita orice tentatie. Tendinta refulata ar fi tocmai adevarul – sotul meu e impotent, trebuie sa ma despart de el si sa-mi traiesc viata. Imposibilitatea de a solutiona acest conflict a condus la aparitia simptomului.

Visul e pe primul loc. Orice vis are asemeni simptomului un continut manifest si unul latent.

Actul ratat (sanatatea) e si el un fenomen psihic construit la fel ca simptomul sau visul; - o activitate constienta (cititul, scrisul, auditia, gesturi) e perturbata de continuturi psihice din inconstient. Din intalnirea fenomenului constient cu continuturile inconstiente rezulta o formatiune de compromis care are ceva din ambele laturi ce s-au confruntat.

Ex: *presedintele Parlamentului din Viena care la inceperea sedintei spune: “Declar sedinta inchisa”, ceea ce demonstra interesul sau pentru activitatea sa*.

Psihopatologia vietii cotidiene e trecatoare, pasagera si afecteaza functii neesentiale. Patologia nevrotica e durabila si afecteaza functii importante ale subiectului cum ar fi testarea realitatii si adaptarea la viata sociala.